FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

J. TEPER

Né à Bucarest (Roumanie), Février 1882

Contribution à l'Étude

DE

L'APPENDICITE CHRONIQUE

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, (VI^e^ Ar^t^). -- PARIS

(Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TESSIER
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercices

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LECENE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI.	RETTERER
BROCA André	GUENIOT	LŒPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET André	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBE Marcel	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE.	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

93

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON FRÈRE

Profonde affection et reconnaissance

A MES PARENTS ET AMIS

A MES PREMIERS MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE BUCAREST

(Roumanie)

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR RECLUS

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Respectueux hommage.

A M. le Professeur Aug. BROCA

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS MALADES

Qui nous a inspiré le sujet de ce travail et qui nous a aidé de ses conseils. Qu'il veuille bien accepter l'expression de toute ma gratitude. Les idées que nous avons développées dans ce travail sont les siennes, Nous espérons les avoir interprétées fidèlement.

INTRODUCTION

On sait aujourd'hui, quelle part importante revient à l'appendicite chronique dans la genèse de troubles digestifs fort variables, naguère encore inexpliqués, on connaît les cas de cette maladie qui, pendant toute leur durée, restent ainsi à l'état fruste ; on connaît aussi ceux, où, à un moment donné, l'évolution chronique est interrompue par un épisode d'acuité variable.

Mais ce qu'on ne sait pas assez, c'est : que l'appendicite aiguë primitive est rare, qu'il faille considérer l'appendicite, dans la très grande majorité des cas comme une maladie chronique (Aug. Broca).

En effet, à côté de cas, plus rares qu'on ne le croit généralement, où l'appendicite débute avec grand fracas d'une façon dramatique « en coup de pistolet image la plus employée pour marquer le début de l'inflamation aiguë, la crise est presque toujours préparée d'une façon insidieuse et latente par des lé-

sions qui lui survivent et constituent un point d'appel pour une nouvelle crise. En scrutant les antécédents de ces malades on trouve dans leur passé une série variable de troubles morbides: digestifs (entérites, vomissements faciles, dyspepsie) des douleurs abdominales à siège variable, autant de petits prodromes, signes avertisseurs d'une inflammation chronique au niveau de l'appendice. Et on a acquis cette opinion qui prévaut aujourd'hui, auprès de presque tous les chirurgiens qu'en général l'appendicite est une lésion chronique à épisodes aigus « l'appendicite est une affection chronique sur laquelle vient se greffer des épisodes aigus (Broca).

Point d'importance capitale dans la pratique journalière, car avertis par les petits phénomènes prodromiques, on opère à temps sans laisser aux crises aiguës le temps de venir.

Le but de notre travail est de montrer que dans la très grande majorité des cas, l'appendicite est une maladie chronique, presque toujours il s'agit d'un processus inflammatoire chronique sur lequel se greffent de temps en temps des poussées inflammatoires aiguës.

Nous diviserons notre travail en trois parties.

La première partie sera consacrée à l'étude comparative de l'amygdalite chronique et de l'appendicite chronique au quadruple point de vue histologique, physiologique, anatomo-pathologique et clinique.

Dans la deuxième partie, nous ferons un exposé succinct, quoiqu'aussi complet que possible de l'appendi-

cite chronique au double point de vue anatomo-pathologique et clinique correspondant. Nous insisterons plus particulièrement sur les formes rares et anormales de l'appendicite chronique ; l'embarras gastriquo-fébrile des enfants ; appendicites à symptomatologie grave, avec altération locale peu marquée.

Enfin nous finirons par une étude sur l'appendicite chronique simulant la tuberculose pulmonaire.

HISTORIQUE

L'histoire de l'appendicite chronique d'emblée est de date toute récente. Les travaux qui ont le plus contribué à bien mettre en lumière les lésions et la symptomatologie de l'appendicite chronique datent à peine d'une quinzaine d'années.

Dans l'histoire de l'appendicite chronique il faut distinguer deux parties : la partie anatomo-pathologique et la partie clinique.

1° L'histo-pathologie de l'appendicite chronique de date plus ancienne, appartient presque toute à l'école française. Avant les travaux remarquables de MM. Brun, Letulle et Weinberg, on ne trouve presque rien à ce sujet dans la littérature étrangère.

Il faut cependant reconnaître que c'est à Bland Sutton, que revient l'honneur d'avoir indiqué l'importance des lésions du tissu réticulé dans les appendicites. En 1891 Bland Sutton, frappé de la richesse de l'appendice en

tissu adénoïde, le compare à l'amygdale ; il l'appelle amygdale abdominale ; comme l'amygdale l'appendice est particulièrement apte à s'infecter en raison de sa richesse en tissu lymphoïde. En 1892 Quénu, dans une communication faite à la Société de chirurgie, met en évidence le rôle des follicules clos dans la pathologie des ulcérations appendiculaires et montre que l'infection des follicules clos s'effectuait très facilement à ce niveau. Après lui, Piliet et Coste, insistent surtout sur la folliculite tuméfiante et réduisent à peu de chose le rôle des glandes muqueuses : de là, le mot d'appendicite folliculaire. Le 2 décembre 1896, à la Société de Médecine, Brun combat la théorie de vase clos du professeur Dieulafoy, soutenant que l'appendicite résulte d'une infection de l'organe en raison de sa richesse en glandes et en follicules clos. Le 29 janvier 1897, MM. Siredey et Leroy, dans un rapport à la Société médicale des hôpitaux, font prévaloir l'importance des lésions folliculaires.

Siredey compose l'appendice à une large plaque de Peyer étalée. — Mais l'anatomo-pathologie de l'appendicite n'est parfaitement établie qu'avec les travaux de MM. Brun, Letulle et Weinberg. A leur étude remarquable on n'a presque rien ajouté. Le 19 mai 1897 Letulle fait connaître à la Société médicale des hôpitaux le résultat de ses études histologiques sur l'appendicite. Il précise un point important dans les appendicites dites folliculaires, les lésions principales portent non seulement sur les follicules, mais sur tout le système lymphatique de l'appendice. La lésion essentielle de l'appen-

dicite est la folliculite ; celle-ci peut être considérée comme l'altération initiale ; et c'est sur une folliculite chronique antérieure qué se greffent toutes les poussées aiguës (Brun, Letulle). L'appendicite aiguë paraît donc être le plus souvent un accident survenant au cours de l'appendicite chronique : notion capitale au point de vue clinique et thérapeutique. Après les travaux de MM. Letulle et Weinberg publiés la même année (1897) dans le compte rendu de la Société de Biologie et dans le Bulletin de la Société d'Anatomie, il faut citer les recherches d'Oberndorfer. Dans sa communication faite à la Société belge de chirurgie, l'auteur insiste sur la fréquence des lésions chroniques de l'appendice. Sur 600 autopsies, l'auteur a presque toujours (l'auteur) constaté que l'appendice finissait par s'oblitérer et cette oblitération est un phénomène dû à l'inflammation chronique de l'appendice.

2° Le côté clinique de l'appendicite chronique a été étudié d'une façon toute magistrale par MM. Siredy, Broca, Richelot, Silhol, Comby et surtout Walther.

C'est en mai (10) 1897 que Brun a fait paraître dans la Presse Médicale la première observation d'appendicite chronique. Après lui, Walther, dans un certain nombre de communications (Congrès de Chirurgie, 17-22 octobre 1898 : Société de Chirurgie, mars 1899 ; février, mars, juillet 1900 ; 1er mars 1904 ; dans les thèses de ses élèves Rastouil 1901, de Wagon 1905, et tout récemment au Congrès de Chirurgie 1911 (2 octobre), a particulièrement attiré l'attention sur l'appendicite chro-

nique et son évolution capricieuse et nous a indiqué la conduite à tenir dans chaque cas particulier. Ewald, au Congrès allemand de Chirurgie du 5 au 8 août 1899 a rapporté, sous le titre d'appendicite larvée, des observations très nettes d'appendicite chronique. M. Jalaguier (Société de Chirurgie, 11 février 1900), admet cliniquement une appendicite chronique et insiste sur les troubles dyspeptiques et les douleurs abdominales, seuls symptômes de certaines formes chroniques. M. Siredy (Société Médicale des Hôpitaux). 20 novembre 1903), trace un très vivant tableau des troubles morbides, causés par les formes frustes de l'appendicite chronique. Guinon, 1904 (20 janvier), à la Société de Chirurgie, insiste sur les appendicites méconnues et sur les erreurs de diagnostic causées par les douleurs d'origine appendiculaire.

MM. Reclus et Broca 1906 à la Société de chirurgie insistent sur les relations de l'appendicite chronique avec l'entérite muco-membraneuse. M. Broca dans la thèse de son élève Raillet fait connaître la fréquence de l'appendicite vermineuse et au Congrès de chirurgie 1911 (2 octobre) attire l'attention sur certaines formes anormales d'appendicite chronique. M. Richelot à l'Académie de Médecine, 7 mai 1907, contribue beaucoup par sa parole éloquente à la vulgarisation de l'appendicite chronique. Comby montre que les vomissements faciles chez l'enfant tiennent le plus souvent de l'appendicite chronique. Dans une série innombrable de communications à la Soc. de Pédiatrie, et de publications

dans les revues, il insiste sur la fréquence de l'appendicite chronique et la nécessité d'opérer le plus souvent possible, M. Faisans, le 27 janvier 1911, fait à la Société médicale des Hôpitaux une très bonne étude de l'appendicite chronique simulant la tuberculose pulmonaire. Enfin, M. Silhol (de Marseille) dans la Presse médicale 1900, n° 479, et surtout au dernier Congrès de chirurgie 1911 (2 octobre) s'est spécialement occupé du difficile problème du diagnostic de l'appendicite chronique.

Tels sont les travaux qui ont le plus contribué à bien mettre en lumière les lésions et la symptomatologie de l'appendicite chronique. Les autres indications seront données à la bibliographie.

Etude comparative de l'amygdalite chronique

(Hypertrophie tonsillaire, végétations adénoides naso-pharyngiennes, hypertrrphie des follicules de la base de la langue)

et de l'appendicite chronique

On sait que toute l'arrière-gorge est tapissée de follicules lymphatiques nombreux, sur lesquels s'applique et se moule la muqueuse pharyngée : c'est l'anneau ou cercle lymphatique de Waldeyer. Leur véritable signification morphólogique est donnée par les nombreuses cellules lymphocytes ; qu'ils produisent à tout instant.

Ce sont, au point de vue physiologique, des organes de défense, constituant, à l'entrée des voies aériennes et digestives, un véritable cordon sanitaire ; ce sont des filtres vigilants interposés sur le chemin de la grande circulation. (Roque).

En effet, les microbes, qu'ils viennent de dehors (exo-

gènes) ou de l'intérieur (endogènes) trouvent, dans ces organes, une barrière qu'ils ne peuvent pas franchir sans lutte préalable et qui aboutira soit à la phagocytose des microbes, soit à la suppuration de ces organes (1882, Metschnikoff).

Mais, à côté de ces phases aiguee, où le processus s'établit en quelques heures, il y a des circonstances où la lutte se prolonge : la phagocytose est à la limite suffisante pour empêcher l'envahissement, elle n'est pas assez forte pour détruire et rejeter définitivement le microbe. Il y a alors une série d'épisodes avec des poussées aiguës congestives.

En tous cas, à la longue les tissus se fatiguent et s'altèrent, on arrive ainsi à des altérations de certains éléments ; c'est l'inflammation chronique qui est constituée. Quand elle est définitivement créée, l'amygdalite chronique, qui à son origine a été l'œuvre du microbe, devient indépendante de lui, des lésions organiques sont constituées, à la suite des phénomènes d'évolution défectueuse amenant des transformations morbides successives des tissus : tantôt hypertrophie, tantôt atrophie.

Pour Bouchard l'existence de grosses amygdales enflées, est un indice de microbisme latent ; dans ces foyers d'infection se font des réveils fréquents d'une inflammation mal éteinte ». Pour lui, le microbe existe toujours à leur niveau, mais il y sommeille ; il est capable de se réveiller par instants pour redonner des poussées inflammatoires.

En tous cas, quoiqu'il en soit, qu'il s'agisse du micro-

bisme latent ou de nouvelles invasions microbiennes, le fait important à retenir et le suivant : la lésion anatomique de l'amygdalite chronique atrophique ou hypertrophique est le résultat du microbe, d'une inflammation lente et chronique ; cette inflammation quoique absolument chronique, en apparence, procède toujours par poussées successives séparées par des périodes stationnaires de durée variable.

En d'autres termes, l'amygdalite chronique est en réalité une inflammation chronique et sur ce fond se greffent à des intervalles variables des poussées également variables comme intensité. Ces organes, ainsi altérés se trouvent en état d'infériorité fonctionnelle : ils constituent à leur niveau, une sorte de locus minoris resistentiae, la phagocytose n'est plus normale à leur niveau, elle devient insuffisante ; ces organes auront de la peine à repousser les saprophytes divers, ou les microbes pathogènes de l'arrière-gorge ; et alors, on peut voir à l'occasion d'une maladie infectieuse quelconque : d'une rougeole, d'une scarlatine, d'une coqueluche, etc., ou seulement sous l'action d'un froid humide, que le tissu lymphoïde du pharynx subit une poussée inflammatoire.

Ce fait établi, examinons un peu le côté clinique de l'amygdalite chronique.

Nous pouvons, pour faciliter cette étude, la résumer dans le schéma suivant :

Amygdalite chronique. — Processus hypertrophique :

mais en réalité inflammation chronique et sur ce fond se greffent :

- Des poussées variables
  - sub-aiguës
  - aiguës
  - légères
  - graves
  - circonscrites
  - diffuses
- Début des Symptômes
  - mécaniques
    - Gêne de la respiration, ronflement.
    - Gêne de la déglutition.
  - réflexes
    - Toux quinteuse.
    - Accès d'asthme.
    - Nausées. Vomissements.
  - infectieux
    - Locaux.
    - Généraux.

Les poussées sont plus manifestes dans l'hypertrophie progressive que dans l'atrophie progressive.

Il résulte de cette étude sommaire sur l'amygdalite chronique : 1° histologiquement les amygdales sont des organes lymphoïdes, des producteurs de leucocytes ; 2° physiologiquement, ce sont des organes de défense, de véritables filtres pour les microbes et leurs toxines ; 3° leur inflammation est un processus essentiellement chronique, elle se traduit anatomiquement

par un double processus d'hypertrophie (le plus souvent) et d'atrophie ; cliniquement: par une succession de poussées d'intensité et de symptomatologie variables.

II

Etudions à présent l'appendice en suivant le même ordre ; voyons 1° quelle est la signification histologique de l'appendice ; 2° sa fonction comme organe lymphoïde ; 3° comment réagit l'appendice pathologiquement et comment se traduit cliniquement sa réaction.

1° Au point de vue histologique tout le monde est d'accord et reconnaît que l'appendice est un organe essentiellement lymphoïde.

En effet l'appendice est tapissé par un tissus lymphoïde pareil à celui qui dans la gorge forme les amygdales, les végétations adénoïdes ; en un mot le cercle de Waldeyer. Sa richesse en follicules clos l'a fait comparer depuis bien longtemps (1891) par Bland Sutton à l'amygdale, il l'appela amygdale abdominale Sahli de Berne au Congrès de Munich 1895 parlant de l'appendice l'appelle amygdale intestinale et l'appendice l'angine ileo-caecale, dénomination qui s'accorde d'ailleurs parfaitement avec la fréquence de l'amygdale et de l'appendicite chez l'enfant (Aug. Broca). Launois dans son traité d'Histologie, Siderey à la Soc, de Chirurgie comparent l'appendice à une vaste plaque de Peyer étalée.

Mais si l'accord est parfait pour reconnaître l'appendice comme un organe essentiellement lymphoïde, comme une glande lymphoïde, il n'en est pas de même quand il s'agit de sa fonction physiologique.

2° Pour les uns, chirurgiens anglais et américains surtout, l'appendice est dépourvu de toute action ; l'appendice ne sert à rien ; il est le vestige de quelque organe, qui, à l'origne de l'espèce humaine a pu avoir son utilité, mais qui à l'heure actuelle n'en a aucune, pas plus chez les petits enfants que chez les vieillards ; mieux encore, convaincus que l'appendice est la plus dangereuse portion du tube digestif, un facteur de trouble pour l'individu, ils proposent d'enlever systématiquement l'appendice même sain, au cours des laparotomies.

Pour les autres, l'appendice n'est pas dépourvu de toute action. Tout en reconnaissant que l'appendice est fort susceptible de s'inflammer très facilement, surtout chez les enfants, dont tout l'appareil lymphoïde est si irritable, ils ne nient pas d'une façon absolue tout rôle physiologique à l'appendice. Ainsi M. Simonin dans une importante communication faite à la Société de chirurgie compare l'appendice à un ganglion lymphatique tubulé et soutient que l'appendice est un organe très important qui prend part à la défense de l'organisme, recevant les germes apportés par le courant lymphatique et l'afflux sanguin, aussi bien les germes déposés à la surface de la muqueuse saine ou ulcérée. M. Terrien soutient également que des organes qui ont même structure, ont même action physiologique, et

présentent une réaction analogue vis à vis d'une même infection. M. Delacour, dans l'étude qu'il a faite sur les organes adénoïdiens en général, dit qu'on doit regarder l'appendice non comme un organe rudimentaire et sans fonction, mais comme l'homologue abdominal de l'amygdale. L'appendice est une glande importante placée au carrefour iléo-caecal et chargée, comme toutes les agglomérations adénoïdes des muqueuses, d'assurer la phagocytose (Delacour).

Pour nous, l'appendice organe essentiellement lymphatique, remplit les mêmes fonctions que le reste de l'appareil lymphatique.

3° Comment réagit l'appendice devant les diverses et multiples infections, irritations et intoxications, auxquelles il est continuellement sujet par sa situation spéciale ; quelles sont ses lésions anatomo-pathologiques ?

Les examens histologiques de Coste et Pilict (Etude sur l'appendicite folliculaire, Bull. de la Soc. anatomique janvier 1895) et surtout ceux de MM. Letulle et Weinberg (Presse médicale 1897) ont prouvé que l'appendice se comporte exactement comme l'amygdale ; l'appendice présente les mêmes lésions anatomiques macroscopiques et microscopiques. Les lésions dans les deux cas sont absolument superposables, dans les deux cas il s'agit d'un même double processus d'hypertrophie (le plus souvent) et d'atrophie. Il se passe au niveau de l'appendice exactement ce qui passe au niveau des amygdales.

Sous l'influence des irritations, infections et intoxi-

cations continuelles, l'appendice organe lymphoïde par excellence, très irritable, réagit le plus souvent d'une façon lente, chronique. Glande importante, placée au carrefour iléo-caecal, elle assure en cet endroit la phagocytose. Les microbes ou leurs toxines venus de l'extérieur de l'intestin ou de l'intérieur (voie sanguine) trouveront à son niveau une barrière qu'ils ne pourront pas franchir sans lutte préalable. — Et ici nous pouvons répéter, tout ce que nous avons déjà indiqué en étudiant l'amygdalite chronique. La lutte se prolongeant, l'appendice présentera à la longue la série des lésions organiques qu'on constate presque toujours à l'examen hysto-pathologique : hypertrophie (presque) la règle, l'atrophie (exceptionnellement). — L'appendice ainsi modifié est un organe taré. il se trouve en état d'infériorité fonctionnelle, c'est un appendice pathologique ; le tissu lymphoïde qui le constitue à perdu une grande partie le pouvoir phagocytaire qu'il possède, à l'état physiologique. Il constitue à son niveau un, vrai locus minoris résistentiæ, et alors, à l'occasion d'une maladie infectieuse quelconque, d'une poussée d'entéro-colite, d'un traumatisme, et même en dehors de toute cause appréciable (Kirmisson), on voit que le tissu lymphoïde subit une poussée inflammatoire aiguë ; car on n'ignore pas que l'existence en un point du corps, d'une lésion chronique ancienne, appelle à ce niveau les poussées fluxionnaires.

4° Pouvons-nous rapprocher les manifestations cliniques de l'appendicite chronique, des manifestations analogues des amygdalites chroniques ?

Certainement, oui. Le même schéma que nous avons tracé pour les amygdalites chroniques peut s'appliquer à l'appendicite chronique ; toutefois, la situation anatomique, différente de chacun des organes, nous obligera de le modifier un peu. En effet, la présence à la surface de l'appendice, d'une séreuse éminemment inflammable, imprime un cachet un peu particulier aux manifestations cliniques de l'appendicite chronique. Mais, au fond, le schéma général reste le même, il se complète par des symptômes péritonéaux.

Schéma clinique de l'appendicite chronique. Appendicite : Processus inflammatoire chronique des follicules clos et là-dessus se greffent des poussées inflammatoires de tous les degrés depuis le simple point de folliculite jusqu'à la lymphangite gangréneuse. Donc

Des poussées d'intensité variable
- subaigues.
- aigues.
- légères.
- graves.
- circonscrites.
- diffuses.

Début des symptômes variables
- réflexes.
- inflammatoires.
  - locaux : Péritonite.
    - locale.
    - générale.
  - généraux.

Il résulte de cette étude comparative que l'appendice

doit être considéré, ainsi qu'on l'a déjà fait, mais d'une façon plus absolue, comme l'homologue abdominal de l'amygdale. L'appendice en a la constitution anatomique, il en possède les fonctions physiologiques, il en présente les manifestations pathologiques (hysto-pathologiques et cliniques). Nous verrons un peu plus loin, quand nous étudierons les relations qui unissent l'appendicite aux maladies infectieuses, le lien étroit qui relie l'appendice aux amygdales. Contentons-nous pour moment de dire que l'appendice à titre d'organe, à structure lymphoïde, peut réagir et de fait réagit au cours d'une maladie infectieuse générale de la même façon et pour la même raison qu'un ganglion lymphatique. Il est donc très logique de comparer l'appendicite chronique aux inflammations de l'arrière-gorge. En effet l'appareil lymphoïde quelque soit sa situation réagit toujours de la même façon (Delacour). Que cette inflammation siège dans l'arrière-gorge, dans l'appendice, dans l'amygdale ou végétations adénoïdes, le processus inflammatoire est le même ; la lésion consiste essentiellement en une folliculite chronique qui varie de la simple folliculite hémorragique à la lymphangite gangréneuse. Cette folliculite chronique peut toujours être considérée comme l'altération initiale.

Mais chose importante à noter : cette folliculite chronique peut bien présenter en apparence une marche absolument chronique, en réalité celle-ci est presque toujours interrompue pendant la majeure partie de l'evolution de la maladie par des poussées inflammatoires d'in-

tensité variable survenant à des intervalles également variables. Sur la folliculite chronique antérieure se greffent des poussées aigues. Ces poussées peuvent passer, dans certains cas, tout à fait inaperçues parce qu'elles sont trop courtes ou très légères, mais elles ne manquent presque jamais d'une façon absolue. L'appendicite aigue nous paraît donc un accident survenant au cours de l'appendicite chronique.

En résumé, amygdalite chronique, appendicite chronique sont des manifestations identiques : processus inflammatoires chroniques des follicules clos, là dessus se greffent des poussées inflammatoires de tous les degrés, depuis le petit point de folliculité jusqu'à la lymphangite gangréneuse.

Le schéma que nous avons tracé est-il constant ? Certainement, non. Pas plus pour le pharynx que pour l'appendice.

De même qu'il existe des angines d'emblée aigues, graves, où le processus s'établit rapidemment, en quelques heures, et où la lutte engagée entre le microbe pathogène et les leucocytes ne se prolonge pas longtemps pour aboutir à la longue aux altérations chroniques, de même il faut admettre des appendicites d'emblée aigues, graves. Et de même que l'angine aiguë peut rétrocéder après la maladie, de même on peut concevoir que la lésion appendiculaire puisse disparaître, moins souvent il est vrai, que dans les amygdalites, car la disposition *en cul de sac* de l'appendice, (Reclus) explique bien pourquoi le plus souvent il en reste un souvenir, qui

pourra être le point de départ des crises appendiculaires ultérieures aigues. L'histologie nous montre que dans ces cas, il persiste des lésions, indiquant la persistance d'une inflammation dorénavant chronique, latente. Toute inflammation aiguë de l'appendice peut ici se transformer plus facilement qu'ailleurs en un processus à marche plus lente, en un processus chronique. Et alors, suivant la pittoresque expression du M. Professeur Kirmisson, cette appendicite devenue chronique. « c'est le feu qui couve sous la cendre ». Vienne une maladie générale, une poussée d'entero-colite, toute cause d'hyperhémies physiologiques (indigestions, menstruations, refroidissement) ou même en dehors de toute cause appréciable, on voit survenir les accidents aigus, souvent mortels.

Mais il faut bien reconnaître que l'appendicite d'emblée aiguë, est plus rare qu'on ne le pense. Elle est tout à fait exceptionnelle. La preuve nous en a largement été donnée par les travaux anatomo-pathologique de MM. Brun, Letulle Weinberg, Oberndorfer, Kukule de Prague, etc., et tout récemment au dernier Congrès de chirurgie (2 octobre 1911) par le très grand nombre d'appendicites chroniques trouvées.

M. Letulle qui a le plus fouillé l'anatomo-pathologie de l'appendicite chronique, dans une communication faite à la Société de Biologie (séance du 19 mai) a montré que chez l'adulte tout appendice examiné soit après la mort, soit après ablation chirurgicale est presque régulièrement atteint de lésions chroniques inflamma-

toires anciennes, banales et communes. Et basé sur l'examen histologique de 1100 appendices il a pu soutenir : 1° que toute appendicité aiguë ne représente qu'une complication de l'appendicite chronique ; 2° qu'on n'assiste presque jamais à une première attaque d'appendicite aïguë, et donc l'appendicite aïguë primitive est exceptionnelle ; 3° l'infection des parois des parois de l'appendicite est térébrante et d'autant plus rapide vers la surface péritonéale que les lésions chroniques, préexistantes, au niveau de la muqueuse, sont plus marquées ; 4° l'état pathologique chronique est la la règle et l'état normal l'exception.

La thèse de Chevassu Périgny (1908-1909) sur la fréquence de l'appendicite chronique, surtout au point de vue anatomo-pathologique est une étude très documentée sur ce sujet. Je me permets d'extraire deux de ces conclusions les plus importantes et assez concluantes pour finir avec ces conclusions la partie anatomo-pathologique de la question.

1° Au cours d'autopsies d'individus morts d'une affection quelconque, on a trouvé une moyenne de 33 o/o à 35 o/o de lésions chroniques de l'appendice grossièrement constatables à l'œil nu. D'autre part dans presque tous les appendices d'apparence sains, le microscope a révélé plus ou moins grand nombre de modifications importantes. 2° Des appendices enlevés au cours d'opérations et examinés au microscope, ont presqua toujours, pour ne pas dire tous, montré des lésions chronique.

Examinons à présent le côté clinique de la question. Pouvons nous répéter ici ce que nous avons montré par l'étude histo-pathologique de l'appendicite. En d'autres termes pouvons-nous cliniquement considérer l'appendicite comme une maladie essentiellement chronique à épisodes aigus, ou mieux que l'appendicite aiguë n'est qu'un épisode de l'appendicite chronique ? Point d'importance capitale surtout au point de vue pratique, car avertis par les petits prodromes le plus souvent dissimulés de l'appendicite chronique, on opère et on conjure la catastrophe dont une crise soudaine aiguë peut menacer le malade.

Si le côté anatomo-pathologique de l'appendicite chronique semble tranché depuis les remarquables travaux de MM. Letulle et Brun, il n'en est pas de même quand à son côté clinique. En effet, il faut bien avouer que beaucoup de difficultés se présentent à l'observateur qui voudrait formuler une conclusion nette.

1° L'appendicite chronique présente un complexus symptomatique de plus variable ; les difficultés de diagnostic paraissent souvent insurmontables : début insidieux, caractères incertains et peu d'intensité des troubles qu'elle provoque, groupement très capricieux des symptômes, association surtout à d'autres symptômes plus bruyants (d'origine utéra-annexielle, pulmonaire, etc.), qui les masquent. Rien ne manque, dans cette maladie, pour dérouter le chirurgien le plus perspicace.

L'intestin en premier abord, avec ses différentes af-

fections : entérites simples aigues ou chroniques, entérites sub-aigues, entero-colite muco-membraneuse, etc. L'estomac après, avec les vomissements faciles très fréquents, les diverses dyspepsies et qui font penser à un embarras gastrique, à toute autre gastropathie plutôt qu'à l'appendicite chronique. Viennent ensuite les affections utéro- annexielles qui impriment leur cachet spécial à cette maladie, en dissimulant l'appendicite par leurs symptômes plus bruyants. Enfin on peut citer tour à tour tous les organes importants de l'économie : foie, rein, vessie, poumon même, car on a décrit tout récemment des appendicites chroniques simulant la tuberculose pulmonaire.(Faisans janvier 1911). Cette diversité, complexité et incohérence même des symptômes constatés dans certaines formes très lentes d'appendicite chronique, rendent le diagnostic extrêmement difficile d'abord, très hésitant après même quand on y pense.

2° Une autre cause qui empêche de formuler au premier abord, une conclusion est l'insuffisance des renseignements que les parents fournissent à l'examinateur qui veut scruter les antécédents de son malade. 3° Enfin l'insuffisance des observations, leur mauvaise rédaction.

Toutes ces causes ont contribué et contribuent encore à méconnaître l'appendicite chronique et surtout sa grande fréquence. En effet avant Brun (1897) qui a publié la première observation d'appendicite chronique, et surtout avant les communications de Walther, on ne

connaissait de l'appendice que son côté dramatique. Tout le monde ne voyait « que le coup de pistolet » et impressionnés par les crises aigues et parfois si redoutables de cette affection, chirurgiens et médecins ont d'abord cru et pendant très longtemps que l'appendicite est une maladie essentiellement aiguë. Mais, nous dit le Pr. Reclus, depuis, la clinique est devenue plus subtile ; on a découvert d'abord des formes subaigues, puis frustes et larvées, puis nettement chroniques. Grâce à la perspicacité, au grand sens clinique et expérience de nos maîtres ; grâce aux publications de Comby Broca, Jalaguier Walther etc. dans lesquelles ces auteurs insistaient qu'il faut toujours chercher l'appendicite chronique, en présence des troubles gastriques et abdominaux rebelles ; d'un coup l'appendicite chronique devient la maladie prépondérante, puisque d'une part on a constaté qu'elle peut exister seule, et puisque d'autre part l'appendicite aiguë ne pourrait apparaître sans elle. L'appendicite vulgaire ne serait qu'une poussée de l'appendicite chronique (Broca).

Le grand nombre d'appendicites chroniquesu apporté au dernier Congrès de chirurgie (2 octobre 1911) confirme pleinement cette opinion.

Il n'est pas, en effet, de chirurgien, qui opérant à froid une appendicite caractérisée par une seule crise aiguë, ou même d'urgence, n'ait été frappé de trouver un appendice porteur de lésions anciennes, nullement en rapport avec la durée de la crise. En pareil cas, il faut bien admettre qu'il s'agit d'un processus chronique à

évolution chronique et sournoise. D'autre part, quand on étudie minutieusement son malade, quand on le presse de questions, il est très rare qu'on ne trouve pas chez lui tout un passé morbide chronique très varié et qui dure depuis de longues années et auquel seule l'ablation de l'appendice a mis un terme. Il se passe du côté de l'appendice les mêmes phénomènes que l'on observe du côté des amygdales.

M. Kirmisson parlant de l'appendice dit : « Habituellement, en pathologie, on considère l'état chronique comme la suite ; le mode de terminaison des inflammations aigues. Mais, il est loin d'être toujours ainsi. Dans la dacryocystite, par exemple, ce ne sont pas les phénomènes aigus qui marquent le début de la maladie. Il y avait inflammation chronique des voies lacrymales, production habituelle de muco-pus, rétention des larmes, puis, à un moment sur cet ensemble de phénomènes morbides, vient se greffer l'état aigü. De même encore, dans la mastoïdite, ce n'est pas l'inflammation aiguë des cellules mastoïdiennes qui est le fait initial ; le plus souvent il y avait depuis longtemps déjà une suppuration de l'oreille moyenne. Il est permis de penser que dans l'immense majorité des cas, les choses se passent de même dans l'appendicite. Il existe des lésions de l'appendice qui se révèlent par des symptômes légers, très fugaces, puis à un moment donné éclatent les signes de l'appendicite aiguë. Au moment où l'on interroge l'enfant ou les parents, ces phénomènes fugaces de l'appendicite chronique ont été complètement

oubliés et on peut croire que les phénomènes aigus marquent réellement le début de la maladie. Mais en insistant sur l'interrogatoire, en rapportant les souvenirs lointains, on arrive à cette notion que le malade avait déjà présenté plusieurs petites crises antérieures ou de troubles digestifs qui sont mis sur le compte d'un embarras gastrique. »

On doit donc considérer 1° chimiquement l'appendicite comme une maladie essentiellement chronique à épisodes aigus ; 2° De même qu'une grosse amygdale prédispose à des accidents graves, de même un appendice chroniquement lésé, doit être regardé comme très exposé aux accidents les plus redoutables, à la perforation et gangrène.

III

Mais on dira : comparaison n'est pas raison. Nous répondons : il existe entre les inflammations pharyngiennes et celles de l'appendice des relations classiques. De nombreux auteurs ont constaté les relations étroites de ces organes.

Tout d'abord il y a une corrélation entre l'amygdalite et l'appendicite. Lejars en 1904 appella de nouveau l'attention sur ce sujet. Ainsi, d'une part, on constate une co-existence fréquente entre l'amygdalite et l'appendicite, surtout chez l'enfant (Aug. Broca) ; d'autre part

on trouve très fréquemment dans les antécédents des individus atteints d'appendicite chronique, les maux de gorge, les rhino-pharyngites, l'hypertrophie des amygdales. (Auvragnet 1899. Triboulet 1901, Guinon et Delacour 1904. Roux et Josserand).

La constitution identique de l'appendice nous permet de supposer que son appareil lymphatique est soumis aux mêmes infections que celles de la muqueuse de l'arrière-gorge, et qu'il réagit de la même façon.

En effet, toutes les maladies générales infectieuses, capables de déterminer une réaction du côté des amygdales, surtout chez les enfants, peuvent laisser leur empreinte sur l'appendice et favoriser son inflammation chronique. Ainsi : en 1^er^ lieu la grippe (Faisans, Merklen), la scarlatine (Kaufmann), la syphilis (Gaucher et Bord), la rougeole (Hutinel), la fièvre typhoïde (MM. Broca, Boigard, Barbier, Comby, Mery), les oreillons, la varicelle, la coqueluche (Jalaguier), le vaccin même (Russel) peut s'accompagner de déterminations appendiculaires; les diverses maladies de l'appareil respiratoire, surtout la pneumonie (Hutinel) et, en général, toutes les infections spécifiques et non spécifiques qui, chez l'enfant bien plus que chez l'adulte, irritent les organes lymphoïdes ; et c'est pourquoi l'on trouve presque toujours, quand on veut bien les chercher, l'une ou l'autre des maladies précitées dans les antécédents des malades atteints d'appendicite chronique. Et parmi toutes ces maladies infectieuses, ce sont surtout celles qui atteignent plus particulièrement l'appareil lymphoïde gé-

néral, qui laissent leur empreinte sur l'appendice : la grippe, la scarlatine, la syphilis.

Nous devons mentionner encore et tout spécialement l'entérite muco-membraneuse comme une des causes qui exposent le plus souvent les enfants à l'appendicite (Reclus, Broca, Comby, Guinon, Roux). L'entérite muco-membraneuse est considérée aujourd'hui comme une maladie infectieuse portant sur l'appareil lymphoïde du gros intestin (Comby), d'où le nom d'entérite folliculaire usité en Allemagne. Elle expose très souvent les enfants à l'appendicite chronique et les raisons en sont données par M. Comby : 1° l'appendice fait en quelque sorte partie du colon, et il serait extraordinaire qu'il échappât aux inflammations d'un organe dont il n'est que le prolongement : 2° l'entéro-colite de l'enfance est une maladie infectieuse aiguë et qui menace directement l'appareil folliculaire de l'appendice. Pour Comby l'entérite folliculaire et appendicite folliculaire sont deux termes quasi synonymes en médecine infantile, tout au moins ; ils représentent une même maladie en deux localisations différentes. Et pour terminer cette partie de notre étude, rappelons que Delacour étudiant les troubles trophiques du tissu adénoïdien du tube digestif en particulier, frappé des relations étroites qui unissent les différentes parties du système lymphatique dans ses diverses manifestations, a établi un syndrome « le syndrome adénoïdien ». L'Ozène, végétations adénoïdes, appendicite chronique sont la conséquence de mêmes troubles trophiques du tissu lymphoïde.

Nous résumons notre étude comparative de la façon suivante : « Appendice et amygdale sont des organes homologues ; l'appendice est l'homologue abdominal de l'amygdale. Ils ont la même structure ; essentiellement lymphoïde, ils possèdent la même fonction physiologique ; la phagocytose des microbes et de leurs toxines ; ils présentent les mêmes manifestations pathologiques. Dans les 2 cas on trouve les mêmes lésions anatomo-pathologiques, d'hypertrophie progressive et d'atrophie progressive ; *b*) les mêmes manifestations cliniques sous forme de poussées d'intensité variable qui apparaissent à des intervalles également variables. 2 l'amygdalite chronique et l'appendicite sont des maladies essentiellement chroniques à épisodes aigues variables.

Etude sur l'appendicite chronique

C'est une étude très sommaire que nous présentons. On trouve dans les thèses de Rastouil (Appendice chronique, thèse de Paris 1901, n° 223) et de A. Wagon (Appendicite chronique d'emblée 1904-95, n° 88) dans le rapport fait au Congrès de chirurgie (2 octobre 1911) par MM. Sihol et Walther une étude très complète de l'appendicite chronique. Nous insistons seulement sur certaines formes anormales, qui sont encore mal connues.

L'étude de l'appendicite chronique comporte :

1° Evolution anatomique.

2° Symptomatologie correspondante.

Evolution anatomique. — Nous laissons complètement de côté l'étude histologique. Nous décrivons seulement très brièvement ce qu'on voit à l'œil nu, ne tenant compte que des altérations macroscopiques.

Nous prenons le type chronique pur.

Lésions de l'appendicite (vus extérieurement). — L'appendice peut être situé normalement ; quelquefois, au contraire, sa situation est anormale. Il peut être libre de toutes adhérences ; d'autrefois il est étranglé, infléchi par nombreuses adhérences. Il peut être très long, 17, 18, 20 centimètres, ou ratatiné. Sa forme peut être très peu modifiée ; mais aussi, dans les cas anciens elle est altérée, l'appendice présente alors une surface inégale, bosselée, mamelonnée, aspect dû au développement des follicules clos qui font des reliefs variables à sa surface.

Lésions internes. — L'appendice ouvert, ce que l'on constate, ne correspond pas forcément à ce que l'on observe avant de l'ouvrir (Silhol). Trois sont les principales lésions : 1. la folliculite ; 2. la sclérose ; 3. l'hypertrophie.

1. *La folliculite* est la lésion beaucoup la plus fréquente. Elle consiste en une tuméfaction considérable des follicules clos, soit sur la totalité, soit sur un segment de la muqueuse appendiculaire. La paroi est le plus souvent blanche, épaisse ; autrefois, au contraire, elle est amincie, pâle, comme lavée. 2. La seconde lésion caractéristique est *la sclérose*. Elle est surtout une forme d'adulte. La sclérose de l'appendice peut consister en une simple bande nacrée plus ou moins longue ; ou, au contraire, elle peut envahir entièrement ou presque, un organe dont la lumière peut être complètement effacée. Cette sclérose peut être segmentaire, partielle, constituer des diaphragmes et des cavités

isolées. 3me forme *hypertrophique* est caractérisée par un épaississement des parois et la présence des vacuoles, et dont le contenu est constitué par un liquide clair légèrement louche. Enfin on peut encore observer de petits abcès enkystés, des ulcérations qui peuvent creuser la paroi et aller jusqu'au péritoine, ce qui montre la possibilité d'une perforation sans avertissement préalable.

Nous venons de dire que les lésions de la paroi peuvent être diffuses ou localisées. Dans ce dernier cas, l'appendice présente de dilatations multiples à contenu variable. Ces dilatations sont séparées les unes des autres par des rétrécissements fibreux, qui peuvent aller jusqu'à l'oblitération complète. La dilatation la plus habituelle est la dilatation terminale. Mais il est très habituel de rencontrer sur les appendices chroniquement enflammés, plusieurs dilatations et retrécissements successives. Elles peuvent contenir des calculs, des concrétions stercorales, associées ou non à quelques gouttes de liquide louche, ou stéro-purulent, mais quelquefois le contenu est absolument *stérile* et muqueux.

La présence de ces dilatations totales ou partielles, a donné naissance à la théorie du « vase clos » par laquelle le professeur Dieulafoy a voulu expliquer la pathogénie des accidents appendiculaires (Kirmisson). Enfermés dans un segment de l'appendice devenu imperméable, les microbes pathogènes y exalteraient leur virulence. Cette théorie n'est certainement applicable, qu'à un très petit nombre de cas particuliers. En réalité

la cavité close est un *processus d'appendicite chronique fibreuse, oblitérante annulaire* (Broca).

Que vaut-elle pour exalter la virulence des microbes, au moins, très douteux. Car certainement il y a des cavités closes a contenu muqueux et absolument stérile, et le bout kystique est souvent adhérent dans le péritoine et l'examen histologique permet de reconnaître l'origine inflammatoire des retrécissements, cause des dilatations kystiques. En effet, dans un nombre de cas, on a pu trouver à côté de ce qu'on a pu observer, le stade inflammatoire prémonitoire. caractérisé par la présence du tissu de granulation (Cornil). D'ailleurs il est exceptionnel de voir tout l'appendice transformé en cavité close. Dans la thèse de Dubos (sur les appendicites kystiques 1905) on trouve un assez grand nombre d'observations de ces appendicites ou mieux de ces kystes appendiculaires à contenu absolument stérile ; 2 observations surtout, appartenant à M. le Pr. Broca sont absolument concluantes. C'est M. le Pr. Quénu qui le premier a signalé l'existence de ces kystes appendiculaires stériles.

Donc le plus souvent il s'agit d'une lésion purement chronique, d'une folliculite chronique. Cette folliculite peut ou non, s'accompagner de points hémorragiques, qui peuvent rester solitaires. C'est le cas initial : le petit point rouge de folliculite hémorragique. Les points hémorragiques peuvent au contraire confluer se grouper en placards : ce sont les cas à congestion diffuse de la muqueuse. Couleur hortensia.

Dépassant les limites de la paroi appendiculaire, l'in-

flammation peut gagner les autres organes. On peut voir une vascularisation anormale du péritoine qui peut-être :

Inflammation du péritoine { adhésive. / supurée. } { localisée. / générale. }

avec ou sans perforation ou gangrène. Enfin on peut trouver des adhérences surtout épiploïques, dont le rôle important a été mis en évidence par Walther.

Etude clinique correspondante

Il faut distinguer ; I. Les épisodes aigus ; II. Les cas sans épisodes aigus.

I. — Episodes aigus

1° Nous laisserons complètement en ombre les *vraies crises aigues* bien connus par tous. 2° Mais nous insistons un peu sur les *crisettes fébriles*, sur ces formes légères, classées sous le nom commun *d'embarras gastriques fébriles*. Elles ont fait l'objet d'une leçon clinique de mon cher maître, le Professeur Broca (conférence du 25 juin 1902).

Le Professeur Broca insiste sur la fréquence de cette forme chez l'enfant au moins. Les embarras gastriques fébriles, passagers, légers, doivent vous faire penser à une appendicite chronique à poussées sub-aigues, non suppurantes. » C'est ainsi que s'exprimait M. Broca.

Ces formes sont extrêmement dangereuses, parce

qu'en les méconnaissant, on risque d'être surpris d'une perforation mortelle. Habituellement il s'agit d'un enfant qui est pris de malaise avec fièvre, variant entre 36-40°.

Cette fièvre est passagère. L'enfant a fréquemment de brusques indigestions, qui commencent d'habitude par un vomissement alimentaire, sa langue est saburrale. Il se plaint de céphalalgie et des douleurs dans le ventre sans localisation précise. Le ventre est ordinairement assez ballonné et la palpation attentive de deux côtés montre un certain degré de défense musculaire à droite et une douleur au point de Mac Burney.

La symptomatologie classique de l'appendicite aigue est le plus souvent absente, parceque, quelquefois autour de l'appendice assez peu enflammé lui-même et non perforé, se fait une véritable explosion de péritonite légère, que l'on peut appeler si l'on veut *péritonisme*, pour la distinguer de la vraie péritonite septique.

Dans ce cas, nous dit le Professeur Broca, l'épine inflammatoire est peu importante, et autour d'elle prend comme un feu de paille, dans lequel, au premier moment, on a de la peine à découvrir le siège du brandon original. Ces péritonites sont éphémères et diffuses et hors de proportion avec la lésion causale, et rendent le diagnostic très difficile dans les premières heures.

Quand on opère dans ces cas, on trouve le processus uniforme libre de toute adhérence, presque normal extérieurement, mais il est par place sclérosé et rétréci et par place sa muqueuse présente des points de

folliculite. Vienne une poussée de lymphangite plus grave, et, précisément, cette absence d'adhérence sera un facteur de gravité. Les enfants ainsi atteints, peuvent guérir sans opération, mais hélas, aussi, on connait qu'une appendicite a emportés en quelques heures.

Cas sans épisodes aigus

Nous distinguerons deux phases :

1re, qui est le 1er degré de l'appendicite chronique : phase d'entérite préalable. 2e, phase d'appendicite constituée.

1° *Phase d'entérite préalable.*

Elle est fort variable :
- Simple :
  - Diarrhée
  - Constipation
  - Alternation de diarrhée et de constipation.
- Muco-membraneuse.
- Thyphique.

Cette phase d'entérite paraît être la règle. De toutes ces formes, celle qu'on rencontre le plus souvent dans les antécédents des malades et surtout chez l'enfant, c'est l'entérite muco-membraneuse. MM. Reclus, Broca, Roux, Guinon, Comby l'ont prouvé maintes et maintes fois. Les thèses d'Artault 1906-1907 et de Roy.

(Entero-colite et appendicite chez l'enfant) contiennent un très grand nombre d'observations très démonstratives.

1° *Phase d'appendicite constituée.* — Nous résumons brièvement sa symptomatologie dans le schéma suivant :

Symptômes réflexes nutritifs
- 1° locaux : douleur iliaque avec irradations anormales (Walther) etc.
- 2° Abdominaux : dyspepsie flatulente, appendiculaire (Richelot) ballonnement du ventre.etc
- 3° Généraux : Anémie, mauvais état général.

Comme nous l'avons déjà indiqué plus haut, nous ne voulons pas décrire la symptômatologie classique de l'appendicite chronique. Elle a été magistralement exposée au dernier Congrès de chirurgie (2 octobre 1911) par M. Silhol, de Marseille. Nous pourrons rien y ajouter.

Nous voulons au contraire insister un peu sur certaines formes anormales de l'appendicite chronique, mal connues ; sur ces appendicites chroniques à symptomatologie grave, liées en réalité à des lésions appendiculaires chroniques très légères. M. le Professeur Broca les a très bien étudiées ; elles ont fait l'objet d'une conférence clinique (Leçons cliniques de chirurgie infantile, A. Broca, 2me série 1905). Et tout récemment au Congrès de Chirurgie il a de nouveau attiré l'attention sur elle.

En effet on rencontre des cas d'appendicite chronique d'un diagnostic extrêmement difficile, des cas où la symptomatologie très grave et très inquiétante simule la méningite, l'occlusion intestinale ; des cas rares, ou sans fièvre, l'appendiculaire chronique présente des vomissements sanglants, vomissements acétonémiques, arytmie cardiaque, etc. Ces cas aux accidents extrêmement intenses, à symptomatologie grave à premier abord, répondent en réalité à des lésions très légères. Dans ces cas, nous dit le Pr Broca, tout ce qu'on trouve à l'opération est un simple point de folliculite hypertrophique. Cette folliculite si banale s'accompagne d'une infection générale grave, mais avec peu de réaction péritonéale extérieurement appréciable. Et la résection de l'appendice suffit en général pour mettre fin aux accidents. Ces formes sont d'un diagnostic difficile avec certaines infections suraigues, apyrétiques d'origine intestinale. M. le Pr Broca pense que l'explication de cette symptomatologie doit être cherchée dans l'irritation réflexe du péritoine plutôt que dans l'infection de cette séreuse ou dans l'infection générale.

Nous avons insisté sur ces formes pour montrer la discordance fréquente que l'on peut observer entre les altérations locales de l'organe et les phénomèmes généraux. 1) Il y a des cas à accidents extrêmement intenses : (probablement d'origine réflexe) méningisme, occlusion intestinale, vomissements acétonémiques, etc., liés à des lésions d'appendicite chronique pourtant légères. 2) Il y a des péritonites aigues, suppurées avec

appendice en apparence très peu enflammé ; il y a aussi des cas à évolution très lente, avec crises fort peu marquées, et l'on trouve l'appendice amputé, au milieu des adhérences, sans que le sujet se soit jamais alité.

Appendicite et Tuberculose

Enfin, nous parlerons un peu de l'appendicite chronique simulant la tuberculose. Cette question, toute récente, n'a pas encore été traitée dans une thèse : elle me paraît intéressante, parce qu'elle prouve que l'appendicite chronique peut simuler tout.

Le 27 janvier 1911, M. Faisans a fait à la Société Médicale des Hôpitaux une magistrale étude de l'appendicite chronique simulant la tuberculose.

L'appendicite chronique, dit M. Faisans, prend souvent le masque de la tuberculose. Il s'agit, en général, des malades qui se plaignent d'un amaigrissement progressif, depuis quelques mois, même quelques années. Ces malades perdent leur force, ils ont mauvaise mine, ils éprouvent une grande lassitude générale ; ils accusent souvent des douleurs thoraciques. La douleur fixe occupe le plus souvent le côté droit du dos, vers la partie moyenne ; l'essoufflement existe souvent. Ces

malades présentent assez fréquemment de la fièvre, ou mieux une fébricule caractérisée par un écart de 6 à 8 dixièmes, entre la température du matin et celle du soir et dont le maximum atteint rarement 38°. Cette fébricule est exagérée par la marche, l'exercice et le travail fatiguant. Elle dure, en outre, des mois, des années, sans grand changement et aussi sans qu'ils accusent d'aggravation notable dans l'état général ou dans les signes physiques pulmonaires. Ces phénomènes pulmonaires peuvent être nuls (les signes phys.) ne se traduisant que par la toux sèche, quinteuse, sans expectoration. Ces signes pulmonaires s'accusent et augmentent si l'appendicite se réveille et s'assoupissent avec elle.

On peut les constater, tantôt à la base droite (quand l'appendicite, au moment de sa phase aiguë, a occasionné des foyers infectieux pleuro-pulmonaires qui peuvent se réveiller de loin en loin) ; tantôt au sommet droit. Dans ce dernier cas il s'agit toujours d'une faiblesse du murmure vésiculaire. Autres symptômes de cette forme d'appendicite chronique sont des troubles digestifs variés, langue sale, formant un ensemble autrement important que la dyspepsie des tuberculeux. Parfois, on constate de la transpiration, de la toux, L'élévation de température dont nous avons parlé plus haut, s'accompagne d'une sensation pénible, au lieu d'être à peu près non sentie comme chez les baccilaires. Enfin quelquefois on peu constater une altération spéciale des traits, le teint est terreux (Claisse) ; ou même même la Chlorose (Comby).

Le diagnostic est très difficile. Il est rendu possible par l'analyse des symptômes abdominaux, par les commémoratifs, crises anciennes, troubles dyspeptiques consécutifs. L'examen attentif du ventre ; la constatation d'une douleur au niveau du point de Mac Burney, permettent en général, quand l'attention est éveillée, de dépister une appendicite chronique dissimulée.

Le 3 février 1911, M. Sergent, à la Société médicale des hôpitaux, insiste de nouveau sur l'importance pratique de la question, car un grand nombre de soi-disant, tuberculeux ne sont que des appendicites chroniques.

Il démontre que l'appendicite chronique ne se borne seulement à simuler la tuberculose, mais elle y conduit nombre de sujets, car les troubles digestifs qu'elle entraîne, rend l'alimentation difficile.

Les spoliations calcaires qu'accompagnent l'entérocolite muco membraneuse (Lœper) conduisent à la décalcification, est trop souvent celle-ci est encore hâtée par l'absorption des ferments lactiques que l'on donne parfois, quelque soit la cause de l'entérite.

Ainsi se trouvent réalisée, l'une des conditions qui préparent le mieux le terrain pour la baccilose.

M. Claisse indique comme bon signe de diagnostic de cette forme d'appendicite : l'intégrité absolue de l'appareil respiratoire constatée à des intervalles espacés, ainsi que la notion d'accidents abdominaux anciens ; et insiste sur la nécessité d'opérer les individus qui toussent, qui maigrissent et chez lesquels l'examen de l'appareil respiratoire est négatif ou douteux.

CONCLUSIONS

1° Appendice et amygdale sont deux organes qui ont la même structure anatomique, possèdent la même fonction physiologique, et présentent les mêmes manifestations pathologiques, parfaitement superposables : dans les deux cas il s'agit d'un processus inflammatoire essentiellement chronique des follicules clos, et là-dessus se greffent, à des intervalles variables, des poussée inflammatoires de tous les degrès, depuis le simple point de folliculite jusqu'à la lymphangite grangréneuse.

2° On doit considérer l'amygdalite chronique et l'appendicite comme des maladies essentiellement chroniques à épisodes aigues variables.

3° De même qu'une grosse amygdale chroniquement altérée prédispose à des accidents graves, de même un appendice chroniquement lésé, doit être considéré comme très exposé aux accidents les plus redoutables, à la perforation et gangrène.

4° L'infection de l'appendice sera d'autant plus téré-

brante que les lésions chroniques préexistantes sont plus marquées.

5° De même qu'il existe des angines d'emblée aigues et graves, de même il faut admettre des appendicites d'emblée aigues. Mais cette appendicite d'emblée aiguë est tout à fait exceptionnelle.

6° L'appendicite aiguë est presque toujours un épisode au cours de l'appendicite chronique. Importance capitale au point de vue pratique, car avertis par les petits prodromes souvent dissimulés de l'appendicite chronique, on opère à temps et on conjure une catastrophe qui menace la vie du malade.

7° L'appendicite chronique présente un complexus symptomatique de plus variables, qui rend souvent le diagnostic extrêmement difficile, en tous cas hésitant.

8° Dans ces cas nous pensons que la collaboration médico-chirurgicale (Pr Segond) est absolument indispensable.

9° Au cours des opérations sur l'appendicite chronique on trouve fréquemment une discordance frappante entre les altérations locales de l'organe et les phénomènes généraux.

Vu : Le Président de Thèse :

RECLUS.

Vu ; le Doyen :

D. LANDOUZY.

Vu et permis d'Imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Arthaucult. — Entéro-colite et appendicite. Thèse de Paris, 1906-1907.

Bardon. — Quelques mots sur le rôle éthiol. des maladies dans l'appendicite. Thèse de Paris, 1903-1904.

Beaussenat. — Appendicites expérimentales. Pathog. Thèse de Paris, 1897, N° 35.

Bord. — Des réactions appendiculaires au cours de la syphilis secondaire. C. R. à la Soc. de Biolog., 1907, page 485.

Bouilli. — Appendicite et annexite. Sem. gynéc., 12 oct. 1897, page 321, N° 41.

Broca (Aug.). — Appendicite : Actualités médicales. Paris in-16°.

— Appendicite et embarras gastrique. R. mens. des malad. de l'enfance. Décembre 1902, page 529.

— Appendicite à symptomat grave. Bul. Soc. Péd., 1904, page 175.

— Appendicite chr., diagnostic précoce et traite-

ment de l'appendicite aiguë. Tribune Méd., 29 mai 1906, pag. 293-297.

— Entéro-colite et appendicite. Bul. Soc. de Chir. Juillet 1906.

— Récidive d'appendicite 2 ans 1/2 après ouverture spontanée d'un abcès dans le rectum. Journal de Pract., 1907.

Broca et Barbet. — Résultats éloignés de la résect. de

— l'app. au cours de l'appendicite chronique. Presse Méd., samedi 8 août 1908.

Brun — De l'appendicite. Presse Méd., 6 août 1895, N° 64, page 384.

— Bulletin de la Soc. de Ch., 2 décembre 1896.

— Appendicite in Traité des Malad. d'Enf. Grancher, Comby, Marfan. III^e vol., page 105.

— Appendicite chronique. Presse Méd., 10 mai 1897.

Chevassu-Périgny. — Fréquence de l'append. chr. Th. de Paris, 1908-1909, N° 313.

Comby. — Appendicite. Traité des mal. de l'Enf.

— Soc. médicale des hôpitaux 1903.

— Bulletin de la Soc. méd. des Hôpitaux 1906.

— L'appendicite chroniq. chez l'enfant. Bul. Soc. Méd. 1908.

— 130 observ. d'app. chronique chez l'enfant. Arch. de Méd. 9 enfants n^e 6. juin 1910.

Cornil. — Bulletin de l'Académie de Méd. 1906.

Cotar. — Des appendicites larvées. Th. de Paris 1901. N° 591.

Delacour. — Syndrôme adénoïdien et append. chr. Académie de Médecine 9 juin 1903. Paris Malaine 1904.

Delagénière (du Mans). — Des relations de l'append. et des affections des annexes. Congrès fran. de Chir. 1897.

Delaunay. — Pathogènie de l'appendicite. Paris Chir. 909 N° 10.

Delbet (Pierre). — Appendicite et salpyngite. Leçons de Chirurg. faites à l'Hôtel-Dieu. Paris 1899, page 335. Steinheil.

— Du point Mac B. XIV^me Cong. de Chir. octobre 1901.

Dieulafoy. — Toxicité de l'appendicite. Acad. de Méd. 1898.

Dubos. — Des appendicites Kystiques Th. 1905.

Ehrmann. — Appendicite chronique et enterocolite. Th. 1904.

Ewald. — Appendicitis larvata. Communicat 28^me congrès de Chirurg. Allemand. Berlin, 5 - 8 avril 1889.

Faisans. — Bull. et mémoire de la Soc. méd. des Hôpit., 6 mars 1899.

— Tuberculose et Append. chr. 27 janv. 1911. Soc méd.

Grandmaison. — Append. latente. Médecine Mod. Paris 1900, p. 521 à 523.

Gaucher. — Bulletin de la Société de Dermat. et Syphiligr. 1904.

— Presse Médicale, le 20 avril 1904, page 175.

— Gazette des Hôpitaux, 9 novembre 1905.

— Annales des maladies Véner 1907, page 636.

— Congrès de New-York, 1907.

Guinard. — Appendicalgie. Bul. de la Soc. de cir. 20 janvier 1904.

— Les appendicites méconnues. J. des Prac. 1905 et 1908.

Guinon. — Entérites et append. chr. chez l'enfant. Rev. mensuelle des mal. des enf., août 1906.

Hutinel. — Appendicite et malad. infect. Journ. des Prat. 1908.

Jalaguier. — Appendicite m. Traité de Ch, Duplay Reclus. Vol. VI, page 601.

— Procédé opératoire, Presse méd. 1897.

— App. ch. présentation des pièces. Bull. et Mémoire soc. de ch. XXVI, page 178, 11 fév. 1900.

— Indications thérapeutiques de l'app. Congrès de ch. 1900.

Kauffmann. — Scarlatine et appendicite, Soc. de péd., nov. 1907. Thèse de 1908. L'appendice dans la scarlatine.

Kirmisson. — L'appendice chez l'enfant. Jour. de Prac. 5 mars 1904, page 149.

— Précis de chir. infantile, 2me édition, article appendicite, pages 690-702. 1911.

Lejars. — Angine et appendicite. Sem. méd. 29 juin 1904, p. 202.

Letulle. — Bulletin soc. med. des Hôp., 19 mars 1897.

— C. R. de la Soc. de Biologie, 1906.

Letulle et Weinberg. — C. R. Soc. de Biol., 31 juillet 1897.

— Histologie pathologique de l'appendice. Presse méd. 4 août 1897. N° 63.

Lœper. — Des réactions leucocyt. générales dans l'append. 1902,

Lyon (Gaston). — Entéro-colite muco-membraneuse. Monographie. N° 22 de l'œuvre méd. de Critzmann 15 février 1900.

Montais. — Appendicite chr. d'emblée (phénomènes dyspeptiques). Th. de Paris 1899. page 496.

Oberndorfer. — C. R. de la Soc. belge de C. janvier 1907.

Piliet et Coste. — Bul. de la Soc. de Chir. 18 janv. 1895.

Raillet. — Appendicite vermineuse, th. Paris. 1906.

Rastouil. — Appendicite chronique. th. Paris 1901. N° 225.

Reclus. — Discussion sur l'append. Séance de l'Acad. de méd., mars 1890.

— Entero-colite et appendicite. Acad. de méd. 23 mars 1897.

— Pathogénie de l'appendicite. Sem. méd. 23 juin 1897. p. 237.

— L'appendicite chronique d'emblée. Gaz. des hôp. 1905.

— Bulletin de l'Académie de Méd. 1906.

Richelot. — Sur le diagnostic de l'app. chez la femme. Soc. obst. de Paris 1897. Page. 113 et discussion. (Doléris).

— Bulletin de l'Acad. de Méd. mai 1907.

— — — mai 1909.

Riou. — Appendicite ch. Thèse de Paris 1908.

Roger. — Les maladies infectieuses, Paris 1902, p. 1020.

Roque. — Maladies de la bouche et du pharynx Thoinot Gilbert.

Roux. — Indications thérap. de l'appendicite Cong. de ch. 1900.

— La colite muco-membr. Consultat. médic. franc. 1910.

Roy. — (Eugène) Des entero-colites et l'appendicite chez l'enfant. Th. de Paris 1906-1909.

Ruault. — Maladies du Pharynx et des annexes, in Charcot Bouchard, tome IV, page 115.

Segond. — L'appendicite. Rev. Scient. Paris 1910-11. pag. 673-685.

Sergent. — (Emile) Appendicite chr. et tuberc. Presse méd. 8 février 1911, soc. méd. et hôpit. 3 fév. 1911.

Silliol. — Les points douloureux de l'abd. dans l'app. chir. Presse méd. 479 1900.

— Diagnostic de l'ap. chronique. Congrès de chirurgie 1911, 2 octobre.

Simon. — L'appareil lymphoïde de l'intestin. Th. de Paris 1903-1904.

Simonin. — Manifestations appendiculaires au cours de quelques maladies infect. Bull. et Mém. de la Soc. Hôp. de Paris, Tome XVIII, page 1388-1409.

Siredey Soc. méd. des hopit. Séance 27 nov. 1903.

Siredey et Roy. — Etude anatomo-pathol. de 5 cas d'appendicite. Presse méd. 30 janvier 1897.

Talamon. — La colique appendiculaire 1900.

Terrier. — De l'appendicite. Revue de chir. 1900.

Vagon. — Appendicite chron. demblée 1907. Thèse 1905 N° 88.

Vautrin. — Appendicites anormales. Revue de chir. et de gynécol. et de chir. abdom. N° 1 p. 53. Année 1898.

Walther. — Congrès de chirurgie 17-22 octobre 1898.

— Communication à la Soc. de ch., mars 1899.

— — — février, mars, juillet 1900.

— — — mars 1904.

— Traitement de l'appendicite chronique. Congrès de Chirurgie, 2 octobre 1911.

Quénu. — Appendicite, transformation kystique de l'extrémité de l'app. à contenu stérile. Soc. chir. 13 juillet 1903, tome XXIX, N° 27, pag. 803,

— Bulletin de la Soc. chirurg. 1908, 15 juillet

Imprimerie spéciale de la Librairie Ollier-Henry
26, Rue Monsieur-Leprince. — Paris.